Rok XLIV. Kraków 25 Listopada 1905. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Uodpornianie czynne przeciw cholerze.

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

Zarządzający Laboratoryum sanitarnem miejskiem w Łodzi.

Wiadomą jest już od dawna rzeczą, że człowiek posiada odporność na pewne choroby, będące swoistemi i niebezpiecznemi dla zwierząt; wiadomo także, że człowiek i zwierzęta po przebyciu niektórych chorób zakaźnych, stają się odpornemi przeciw tymże chorobom, a znanem to już było w czasach bardzo odległych, bo w XI i XII stuleciu co do ospy, a w jeszcze odleglejszej starożytności — co do niektórych spraw zakaźnych.

Czas rozpoczęcia szczepienia (wakcynacyi) jest synchronicznym z początkiem szczepienia ospy, ale naukowe zapoczątkowanie i uzasadnienie tych faktów datuje się dopiero od genialnych prac Pasteura, pierwotnie wspólnie z Chamberlandem i Roux'em, a później z Thulierem. Dalszy krok naprzód wykonali Salmon i Smith, ale największy postęp w nauce o sztucznej odporności zawdzięczać należy pracom takich uczonych, jak Robert Koch, Behring, Ehrlich, R. Pfeiffer, Gruber, Kolle, A. Wassermann i setki innych, którzy swoje cegiełki dokładali do gmachu wiedzy spółczesnej.

Szczepienia przeciw chorobom zakaźnym mogą być — według klasyfikacyi Ehrlicha — czynne i bierne. Pod nazwą biernej „pasywnej imunizacyi“ rozumiemy uodpornianie, w którem dany ustrój nie wytwarza czynnych ciał ochronnych i nie wysila się na pracę, lecz zachowuje się biernie: ciała ochronne wprowadza się do niego gotowe, razem z surowicą czynnie uodpornionych zwierząt. Taka bierna odporność trwa tak długo, jak długo znajdują się w ustroju człowieka (czy zwierzęcia) wprowadzone ciała ochronne; gdy surowica usunięta zostanie, giną wraz z nią i swoiste ciała.

W przeciwstawieniu do powyższej, nabywa ustrój czynnej odporności dzięki czynnej pracy, jako odczyn na pewne bodźce i wyraz wzmożonej działalności komórkowej: rolę tych bodźców odgrywają zazwyczaj zjadliwe, zabite, bądź też tylko osłabione swoiste drobnostroje, t. zw. szczepionki (wakcyny), a wytworzone ciała ochronne działają swoiście przeciwko temu tylko gatunkowi bakteryi, z którego pomocą były wytworzone.

Swoista czynna odporność może być osiągnięta dwiema drogami — albo przez przebycie danej choroby, albo też przez sztuczne zakażenie. Niezmiernej doniosłości epidemiologicznej jest fakt, że rzeczywista długotrwała odporność zjawia się nietylko po ciężkich przypadkach, ale również często po bardzo lekkim przebiegu i ledwo dających się dostrzedz stanach chorobowych. Zasadnicze twierdzenie, udowodnione przez Briegera, Kitasato i Wassermanna, polega na tem, że zwierzęta można czynnie uodporniać nietylko z pomocą hodowli żywych, ale i zabitych. Zależnie od dozy szczepionki można uodpornić świnki morskie na tygodnie i miesiące od wielokrotnie większej dawki ponad stałą śmiertelną; surowica zwierząt, uodpornionych żywemi lub zabitemi hodowlami, nabiera własności rozpuszczania bakteryi swoistych, które — co łatwo sprawdzić laboratoryjnie — u nieszczepionych przeciwnie rozmnażają się, powodując w końcu śmierć zwierzęcia. Substancye, które powodują to rozpuszczenie bakteryi, były wykryte i zbadane przez Pfeiffera: są to t. zw. bakteryolizyny. One właściwie są głównem siedliskiem i przyczyną tej siły odpornej, którą posiada surowica zwierząt uodpornionych. Takież same ciała znajdują się też w surowicy ludzi, którzy przebyli lekką lub ciężką postać duru brzusznego, ewentualnie cholery, albo którym podskórnie zaszczepiono zabite laseczniki durowe, ewent. mętwiki choleryczne.

Niekiedy wśród ogółu lekarskiego zdarzają się przeciwnicy szczepień ochronnych, a wychodzą z tego założenia, że szczepienia te, naprzykład przeciw cholerze, znajdują się dopiero w okresie doświadczeń, jeszcze naukowo nieuzasadnionych. Taki pogląd powstać może jedynie wtedy, gdy w wyrazie „doświadczenie“ nie odróżnia się podwójnego celu, gdy tem mianem nazywać będziemy wszelką pracę naukową bez względu na jej kierunek; mówiąc ściśle o szczepieniach przeciw cholerze, wyznać musimy, że są one faktem już ustalonym i stwierdzonym. Inaczej się jednak rzecz przedstawia, jeżeli chodzi o wytłómaczenie istoty czynnej odporności i w tym kierunku trwa różnorodność poglądów, a doświadczenie nie zostało skończone. Fakt, że powstają wciąż nowe metody przygotowania szczepionek, nie przemawia zgoła przeciw skuteczności ich, ponieważ nietylko przeciw cholerze, ale i przeciw wszelkim innym chorobom zakaźnym otrzymać również można rzeczywiste uodpornienie czynne, niezależnie od metodyki, która stale dla wszystkich szczepionek waha się w granicach następujących: 1) czynne uodpornienie zapomocą bodźców zakaźnych silnych i zjadliwych, bądź osłabionych, bądź zabitych i 2) czynne uodpornienie, kombinowane z biernem, także zapomocą materyału zakaźnego silnie zjadliwego, bądź osłabionego, bądź zabitego. Powyższe granice rozszerzają się jeszcze skutkiem tego, że jednakowe w skutkach osłabienie zarazków można osiągnąć trzema sposobami — przeprowadzeniem ich przez ustrój pewnych zwierząt, wieloma chemicznymi i wieloma fizycznymi sposobami.

Oto przykłady.

Czynną odporność przeciw zakażeniu pneumokokowemu, prawie jednakową w skutkach, można osiągnąć bardzo różnorodnymi sposobami, które opracowali już Foà, Bordoni-Uffreduzzi, Fraenkel, Netter, Klemperer, Bonome, Emmerich, Kruse-Pansini, wreszcie Amy Kindborg w roku bieżącym. Króliki stają się więc odporne na dawki śmiertelne po wprowadzeniu im małych dawek hodowli pneumokoków, bądź też przez zaszczepienie im osłabionych lub zabitych hodowli, przesączu rozmaitych płynów, zawierających pneumokoki, „stężonych“ substancyi uodporniających, plwociny chorych na zapalenie płuc, krwi i śledziony myszy, szczepionych osłabionemi hodowlami; bądź też wysoko zjadliwej, ale silnie rozcieńczonej hodowli (co odpowiada małym dawkom), bądź wreszcie szczepiąc naprzemian osłabione i wzrastające dawki, lub osłabione i zjadliwe dawki. Uodpornić te same zwierzęta można, używając zabitych hodowli, a zabijając je przez ogrzewanie krótkotrwałe do 60°, albo trzydniowe przy cieple 41°—42°, wreszcie przez dodatek chloroformu lub karbolu; w celu zaś osłabienia zarazka można używać starszych generacyi hodowli *dipl. pneumoniae*, albo plwociny ozdrowieńców lub wysięku z opłucnej z osłabionemi dwoinkami i t. d. Można też wreszcie stosować przesącz płynów, zawierających *dipl. pneumoniae*, hodowle bulionowe, wyciąg z wymiękłych (macerowanych) narządów, a z wyciągu stężone produkty z *dipl. pneumoniae*, pneumoproteiny, pneumotoksyny i t. d. I sam sposób szczepienia może być różny: za miejsce jedno- lub wielorazowych szczepień służy skóra, jama brzuszna i żyły. A wynik tych wielu sposobów jest prawie jednakowy: jak u człowieka przebycie zakażenia pneumokokowego daje krótkotrwałą, ograniczoną odporność, a surowica ozdrowieńców uodparnia zwierzęta przeciw sztucznemu zakażeniu ich, tak też i sztuczne czynne uodpornianie zwierząt daje stale pewien niewielki stopień odporności. Ostatnimi czasy Bassenge i Rimpau doszli co do duru brzusznego do wniosku, który i ja sprawdziłem przy szczepieniach przeciwcholerycznych, że wielokrotne wprowadzenie małych dawek ($^1/_{15}$ do $^1/_5$ mg. hodowli agarowej) daje to samo miano bakteryobójczości krwi, co i jednorazowa duża dawka, n. p. 2—4 mg.; ale jeszcze skuteczniejsze wyniki otrzymuje się przez trzykrotne szczepienie dawek 0·5—1—1$^1/_2$ ctm. sześc. wakcyny. Zbliżonych, a nawet jeszcze bardziej jaskrawych przykładów moglibyśmy wyliczyć długi szereg.

Po czynnem uodpornianiu odczyn ustroju występuje dopiero między 5-tym a 10-tym dniem, t. j. wtedy, gdy ciała uodporniające zostaną wchłonięte, co w następstwie wytwarza szybko substancye swoiste, które początkowo nagromadzają się w szpiku kostnym i śledzionie (doświadczenia Pfeiffera, Marxa i Wassermanna), a dopiero po 5 dniach przechodzą do krwi w większych ilościach.

Uodpornianie czynne stosuje się z dobrym skutkiem nietylko przeciwko zakażeniom znanemi bakteryami, ale również i innymi niższymi ustrojami, a nawet nieznanymi dotychczas czynnikami: tu możnaby wymienić wiele chorób nieznanego pochodzenia u zwierząt i szereg pierwotniaków, jak *pyrosoma bigeminum* („Texas“), *trypanosoma Brucei* („Tsetse“) i t. d. Zasada i dobry skutek czynnego uodparniania zapomocą żywych i zjadliwych zarazków sprawdzoną została na ludziach i zwierzętach w rozmaitych chorobach: wprowadzenie materyału zakaźnego na pewnem określonem miejscu ciała (naprz. podskórnie na ramieniu) powoduje zupełnie inny przebieg choroby, aniżeli naturalne zakażenie. Ta zasada najlepiej uwidocznia się na szczepionkach przeciwcholerycznych Ferrana i Hawkina. Ponieważ jad, zawarty w prątkach cholerycznych, tak jak i w durowych, należy do grupy, t. zw. „endotoksyn“, nie jest produktem wydzielniczym bakteryi, lecz ściśle związany z ich istotą, opuszcza je wtedy tylko, jeżeli komórki giną, zastosowano więc (metoda Kollego) szczepienia podskórne ludziom hodowli cholerycznych, durowych i dżumowych; okazało się bowiem, że odporność po wprowadzeniu zabitych hodowli nie jest mniejszą, niż po zaszczepieniu takiej samej ilości żywych bakteryi, a fakt ten został udowodniony przez ścisłe określanie bakteryobójczych własności krwi: miano (titr) tej ostatniej jest jednakowem w obydwóch przypadkach. Zrozumieć to łatwo, ponieważ mętwiki (wibriony) choleryczne żywe nie rozmnażają się pod skórą, lecz szybko giną w tkance podskórnej, a działają tylko uwolnione endotoksyny.

Jeżeli czynne uodpornianie zostało skombinowane z biernem, to odporność występuje szybciej i trwalej. Krytyka tej metody, która otrzymała już praktycznie prawo obywatelstwa przeciw bardzo wielu chorobom zakaźnym, czyni jej zarzuty, że przy równoczesnem wprowadzeniu surowicy i bakteryi pierwsza niweczy działanie endotoksyn i że receptory bakteryi, wiążąc się całkowicie *in vitro* z amboceptorami surowicy, powinny posiadać o wiele mniejszą siłę wywiązywania swoistych ciał w ustroju zwierzęcym, aniżeli bakterye bez surowicy. Praktyka i doskonałe wyniki, sprawdzone statystycznie i przez badanie krwi laboratoryjnie, zadały kłam wywodom teoretycznym; prócz wielu innych na tej zasadzie oparte są nowsze metody Bezredki i Gosio.

Sztucznie wytwarzana czynna odporność przeciw cholerze i durowi brzusznemu w ostatnich czasach jest na dobie, prawdopodobnie skutkiem prowadzonych wojen kolonialnych, które spotęgowały epidemię moru, cholery, duru brzusznego i czerwonki; podczas wojen wszelkie ogólne środki zaradcze, jak i indywidualne, są niemożliwe do przeprowadzenia i na pierwszy plan występuje uodpornienie przeciw tym chorobom. Za inicyatywą Wrightsa wykonano w r. 1899 zbiorowe szczepienia przeciwdurowe w armii angielskiej, mianowicie na 100 tysiącach ludzi zapomocą zabitych hodowli bulionowych; w roku zeszłym w Niemczech zastosowano szczepionkę durową u ochotników przed wysłaniem ich do Afryki; w Japonii Murata uodpornił przeszło 77 tysięcy ludzi; w Persyi Złatogorow 1482 osób przeciw cholerze, w Indyach Chawkin, Leumann i in. kilkadziesiąt tysięcy ludzi przeciw morowi i t. d.

Jak u zwierzęcia, które poddano sztucznemu zakażeniu durowemu (ewent. cholerycznemu), albo zatruciu zabitą hodowlą durową (resp. choleryczną), tak również i u człowieka odporność jest antyinfekcyjna, — zabójcza dla komórek bakteryjnych, ale nie antytoksyczna, to jest nie paraliżuje, ani nie niweczy działalności jadu. Szczepionki uodporniające muszą być 1) nieszkodliwe i dostępne; 2) możliwe w praktycznem zastosowaniu (co najwyżej 3-krotne szczepienia w 5—6 dniowych przerwach); 3) naukowo dobrze uzasadnione i możliwe do kontrolowania. Przed pierwszem i w kilka dni po ostatniem szczepieniu pożyteczną jest rzeczą wykonać

i porównać bakteryobójcze miano krwi (bakterycydyę *in vitro)*. Zarówno przeciw cholerze, jak i durowi brzusznemu, uodpornienie czynne bywa tylko czasowem (około 1 roku): nawroty duru brzusznego lub kilkakrotne przebycie duru lub cholery bez szczepień wskazują, że i w prawidłowych warunkach odporność nie zawsze bywa trwałą. Niema więc powodu na sprawę szczepionek zapatrywać się sceptycznie, jak nieuzasadnionym byłby nadmierny zachwyt.

Do badań własności uodporniających przeciw cholerze służyć mogą następujące zwierzęta: koza, koń, osieł, królik, morska świnka i pies, przyczem wykonywać można szczepienia podskórne i śródżylne (pierwsze do wyrobu surowic bakteryobójczych, drugie przeważnie do wytwarzania surowic aglutynujących) a także szczepienia do jamy otrzewnej (objaw Pfeiffera); te ostatnie wykonywują się prawie wyłącznie na morskich świnkach.

Wysokość uodpornienia zależy głównie od dawki szczepionki i może być doprowadzoną do znacznej wysokości wielokrotnemi, postępującemi dawkami. W końcu następuje okres krańcowy, poza którym zwiększenie dawki już nie pociąga za sobą wzmożenia niweczników. Prawidłowa surowica kozia posiada bardzo słabe bakteryolityczne działanie względem mętwików cholerycznych. Co najwyżej 0.02—0.05 surowicy koziej jest w stanie rozpuścić jedno prawidłowe uszko (= 2 mg.) 18-godzinnej agarowej hodowli w jamie otrzewnej morskiej świnki. Po zaszczepieniu $^1/_2$ zabitej agarowej hodowli podskórnie, surowica kozy daje po tygodniu bakteryolityczne miano *0.01*; po następnych szczepieniach co 7 dni 1, 2, 4, 6 i 8 hodowli zabitych mętwików cholery, podskórnie-bakteryolityczne miano wzrasta do tego stopnia, iż *0.001 g.* surowicy zabezpiecza świnkę morską od 2 mg. zjadliwej hodowli; jeżeli w dalszym ciągu wprowadzać kozie śródżylnie żywe hodowle choleryczne w przerwach tygodniowych i w wzrastających dawkach ($^1/_2$, 1, 2, 4, 6 i t. d. hodowli), to ostatecznie można osiągnąć miano *0.0001 g.* Jak wiadomo, mianem (czyli titrem) dla bakteryolitycznej surowicy nazywamy najmniejszą dawkę surowicy, wystarczającą, aby zniweczyć działanie 1 uszka plat. silnie działającej 18-godzinnej hodowli mętwików cholerycznych, t. j. takiej hodowli, której najniższa dawka śmiertelna przy wprowadzeniu do otrzewnej wynosi $^1/_{10}$ część uszka.

Jak już wyżej zaznaczyłem, ostateczny, prawie jednakowy wynik da się osiągnąć różnemi metodami uodpornienia: zasadnicze metody uodpornienia przeciw cholerze opracowali Hawkin, Kolle, Lustig i Galeotti, Neisser i Shiga Bezredka i Gosio.

Metoda Hawkina polega na tem, że wprowadza się do ustroju szczepionki różnej siły: pierwsza słabsza przedstawia żywą hodowlę prątków cholerycznych, która wyrosła przy 39° C. w atmosferze tlenu i następnie w ciągu 3 dni była wielokrotnie przeszczepiana na nowe podłoża (*weak virus*); druga szczepionka jestto silnie zjadliwa hodowla cholery, wzmocniona przez wielokrotne przeprowadzenie przez ustrój zwierzęcy *(virus fixe)*. Druga wprowadza się pod skórę w 5—7 dni po pierwszej, a ilość pierwszej, jak i drugiej szczepionki wynosi od $^1/_{100}$ do $^1/_{10}$ hodowli agarowej, zależnie od wieku szczepionych; najwyższa doza = $^1/_6$ do $^1/_4$ hodowli agarowej; dzieciom 2 razy mniej. Wypróbowawszy te szczepionki na zwierzętach, później na sobie i kolegach. Hawkin następnie wykonał 42 tysiące szczepień w Indyach, a z tej liczby $^2/_3$ powtórnie, ogółem więc 70,000 Wynik szczepień pod każdym względem był pomyślny; odczyn niezbyt silny (miejscowe obrzmienie, t^0 nie wyżej 38,5° C.). Szczepienia podskórne są z tego powodu nieszkodliwe, że żywe prątki choleryczne pod skórą szybko giną; trwałość odporności wynosi około roku.

Metoda Kollego polega na tem, że zamiast żywych, wprowadza się jednorazowo zabite hodowle agarowe przy 56°. C. Dawniej Kolle donosił, że hodowle agarowe zabite należy kłócić z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej (2 naprz. na 1 ctm³. soli), podług zaś otrzymanego przezemnie listu od tego badacza, zamienił on obecnie metodykę w taki sposób, iż powierzchnię hodowli agarowej, obliczoną na 10 uszek, zmywa 0.85% rozczynem soli, następnie ogrzewa tę zawiesinę w ciągu godziny przy 56° i dodaje 0.3% fenolu; zmiana polega na tem, że Kolle radzi zamiast jednorazowo szczepić dwukrotnie: Pierwsze wstrzyknięcie — jedno uszko (2 mgr. hodowli), drugie wstrzyknięcie po 8 dniach 3 uszka (t. j 6 mgr. hodowli). Kolle zbadał działanie tych szczepionek na 15 ludziach, a Murata[1]) w Japonii zaszczepił 77.907; gdy śmiertelność ogólna podczas epidemii wynosiła tam 75% na 1152 osób nieszczepionych, a które zachorowały na cholerę, to z pośród szczepionych zachorowało tylko 47 osób, z tych 20 zmarło. Złatogorow[2]) w Persyi w Taurydzie, gdzie w roku zeszłym zachorowało 20 tysięcy ludzi, a zmarło 15 tysięcy, zaszczepił metodą Kollego 1482 osób; szczepienia zmniejszyły śmiertelność o 4 razy, a liczbę zachorowań o 5 razy, prócz tego znacznie złagodziły przebieg choroby. Kolle w roku bieżącym wskazuje, że na wynik szczepienia nie jest bez wpływu i sama hodowla; zdarzają się hodowle dobrze i źle uodparniające. W ciągu kilku dni po zaszczepieniu następuje najprzód t. zw. „okres ujemny;“ uodpornienie zaczyna się na 8—10 dzień.

Szczepionki według Kollego, jak i Hawkina, wywołują nieznaczny miejscowy odczyn (ból w miejscach wkłucia, zaczerwienienie i obrzmienie), podniesienie się ciepłoty niewyżej jak o 1° C. i ogólne przykre samopoczucie w ciągu 12 godzin po zaszczepieniu. Metodę Kollego stosują obecnie przy szczepieniach w Łodzi, ale szczepienia odbywają się trzy, a nie dwa razy.

Metoda Lustiga i Galeotti. Szczepionki otrzymuje się przez rozpuszczenie młodych hodowli agarowych w słabym 1% ługu potasowym i strącenie zapomocą 1% kwasu octowego — nukleoproteidu, zawierającego ciała ochronne. Strącony osad przemywa się, dopóki przesącz wykazuje kwaśny odczyn, następnie suszy się w próżni. Szczepionka w postaci proszku może być przechowywana przez czas dłuższy. Metoda ta, pierwotnie służąca do uodpornienia przeciw morowi, zastosowaną była przez Tavela do cholery. Przygotowanie szczepionki odbywa się w drodze chemicznej, przez co usuwa się szkodliwe oddziaływanie gorąca na swoiste substancye bakteryjne. Według Tavela nukleoproteid, zastrzyknięty w ilości 0.005 gr. do otrzewnej zabezpiecza świnki morskie od śmiertelnej dawki mętwików (wibrionów).

Heller[3]) badał zjadliwość nukleoproteidu dla morskich świnek i królików, dalej odczyn przy dawkach śmiertelnych

[1]) Centr. f. Bacter., 1904, T. 35. Orig. Nr. 5.
[2]) Wiestnik Obszcz. higieny. 1905. Marzec. str. 346.
[3]) Centr. f. Bakter. I. 1905, XXXIX. 1 str. 106.

lub uodporniających, trwałość odporności i zmiany w surowicy zwierząt uodpornionych. Różna zjadliwość hodowli wcale nie wpływa na toksyczne własności nukleoproteidu. Do szczepień najlepiej nadaje się 1% roztwór suchego proszku w 1% roztworze sody. Dla morskich świnek 10—15 mg. nukleoproteidu na 100 gr. wagi ciała jest dawką krańcową; przekroczenie tej dawki wywołuje u zwierząt zatrucie. Przy mniejszej dawce (1—5 mgr. na 100 gr. zwierzęcia) odczyn jest słabszy, a zależność od dawki szybko ginie. Zwierzęta, które otrzymały pierwsze wstrzyknięcie, stają się odporniejsze na większe dawki; choleranukleoproteid wytwarza odporność przeciw jedno — i wielokrotnie śmiertelnym dawkom żywych mętwików cholerycznych i nietylko względem szczepu, z którego pochodzi preparat, ale i względem wszelkich innych szczepów. Heller stwierdził po jednorazowem szczepieniu odporność po 8 miesiącach, a po kilkakrotnem siła ochronna osobnika podnosi się stale na czas jeszcze dłuższy; dla człowieka do szczepień wystarcza 0.002 gr. proszku, rozpuszczonego w 1 ctm. sześć., co odpowiada $^1/_{10}$ hodowli agarowej Kollego.

Z podobnej też zasady wychodzi i Loeffler, którego zdaniem[4]) rzeczywiste fermenty bywają w wodnym roztworze mało odporne względem wysokich ciepłot; natomiast w bezwzględnie suchym stanie znoszą wysokie t^0 bez szkody dla swoich własności. Ponieważ bakterye i inne „antygeny“ pod wieloma względami wykazują zbliżony charakter do fermentów, więc Loeffler badał, czy zachowują też i właściwość wytwarzania niweczników przy nagrzewaniu w suchym stanie; w tym celu suszył aż do określonej wagi przy nizkich t^0 w ekssykatorze materyał potrzebny do wytwarzania niweczników, a następnie ogrzewał go w cieplarce $^1/_2$ godziny przy 150° C., lub 2—3 godziny przy 120°. Odważoną pewną ilość otrzymanego proszku mieszał równomiernie w fizyol. rozczynie NaCl i tej mieszaniny używał, jako szczepionki do czynnego uodporniania. Taki materyał z bakteryi *bac. suipestifer*, *bac. typhi*, *vibrio cholerae*, *bact. coli* i *bac. tuberculosis* nadaje się też do otrzymywania aglutynin w ustroju zwierząt. W ostatnich czasach Friedberger i Moreschi[5]) sprawdzili tę ostatnią metodę i przekonali się, że lepsze wyniki otrzymuje się przy nagrzewaniu do 120°, ponieważ 1-godzinne ogrzewanie do 150° wysuszonych mętwików cholerycznych niszczy prawie zupełnie ich „antygenne“ własności, jak również i aglutynacyjne; zaledwie przy znacznych dawkach szczepionki, ogrzewanej do 150°, otrzymuje się pewne bakteryobójcze miano w niedużych granicach.

Metoda Neisser-Shiga (metoda wolnych chwytników (receptorów). Pierwotne badania Neissera i Shiga[6]) dotyczyły właściwie laseczników duru brzusznego i krwawej biegunki. Badacze ci spostrzegli, że w wodnych zawiesinach ogrzanych bakteryi — po odsączeniu tych ostatnich zapomocą sączka Reichela — można stwierdzić wolne chwytniki. W tym celu przenosi się jednodniową hodowlę do 10 cm. sześc. jałowego rozczynu fizyol. NaCl, ogrzewa się w ciągu godziny przy 60°, następnie dwa dni utrzymuje w cieplarce przy 37° i przesącza; dany płyn posiada własność wiązania aglutynin i cechy uodpornienia. Królik znosi śródżylnie 10 cm. sześć., poczem po drugiem zastrzyknięciu surowica daje miano 1:500, a po trzeciem 1:20000. U nas zaleca tę metodę Pruszyński[7]). E. Bertarelli[8]) zastosował metodę Neisser-Shiga do uodpornienia człowieka i królika przeciw cholerze.

Metoda Bezredki[9]). B. badał doświadczalnie na zwierzętach nowy sposób szczepień ochronnych przeciwko morowi, cholerze i durowi brzusznemu. Nowy sposób polegał na tem, że chcąc połączyć zalety czynnego i biernego uodpornienia, Bezredka miesza hodowle bakteryi z surowicą ochronną i wytwarza z tej mieszaniny materyał do szczepienia. Jeżeli zmieszać hodowle z odpowiedniemi surowicami, to bakterye podlegają skupieniu (aglutynacyi) i opadają na dno. W lejku rozdzielającym wyjałowionym oddziela się górną warstwę od osadu bakteryi, przemywa następnie jałowym rozczynem fizyol. NaCl i centryfuguje. Taki materyał szczepienny, składający się z aglutynowanych ciał bakteryi razem z surowicą i dodatkiem fenolu, podlega ogrzewaniu w ciągu godziny do 60° C. Po dwukrotnem wprowadzeniu wywołuje się szybką odporność w ciągu 24—48 godzin, z nieznacznym odczynem po 3 godzinach.

Metoda Gosio[10]), niedawno opublikowana i dotychczas właściwie zastosowana tylko do wyrobu szczepionek zarazy morowej. Jakkolwiek przy tej metodzie, jak i metodzie Kollego, wchodzą w grę zabite bakterye, Gosio zasadniczo zmienił technikę wyrobu szczepionek. Wychodzi z tego założenia, że dodatek 0.5 fenolu nie daje pewności, iż dana szczepionka jest jałowa, jak to niedawno miało miejsce w Indyach, gdzie ze szczepionką zaszczepiono człowiekowi tężec: niema pewności, ponieważ obecność zabitych ciał bakteryjnych, tworzących szczepionki, służy za dobre podłoże dla obcych bakteryi; dalej sprawdzenie jałowości małej cząstki szczepionki nie świadczy o jałowości całej masy jej, a skutkiem wysokiej ciepłoty nieliczne pozostałe przy życiu bakterye bywają albo zahamowane w swym rozwoju, albo zamaskowane przez skupienia zabitych bakteryi. Dlatego też Gosio radzi dodawać do szczepionek przeciwmorowych telluryn potasowy (*kalium tellurosum*) w dużem rozcieńczeniu, który w obecności żywych bakteryi rozkłada się i opada w postaci czarnego osadu. R. Gloger[11]) zastosował telluryn potasowy do szczepionek cholerycznych (w mojej pracowni); wyjaśnił on zasadę tworzenia się czarnego osadu, zbadał warunki, przy jakich może się tworzyć, i zastosował *kalium tellur.* do różnych celów lekarskich i higienicznych.

Prócz tego dodatku, metoda Gosio polega na tem, że zamiast wązkich matras używa się naczyń o bardzo szerokiem dnie, oraz ściślej dawkuje ilość bakteryi tak, aby jednostka objętości zawsze zawierała jednakową wagę bakteryi. Cruz pierwszy w 1902 r. stosował odważanie ostatnich do danego celu: wagę bakteryi oblicza się, odejmując od wagi całej masy wagę przesączu. Wogóle więc Gosio używa następującej metody: hoduje zjadliwe swoiste bakterye w cien-

[4]) Deut. medic. Wochenschr. 1904. Nr. 52.
[5]) Centr. f. Bacter. I. 1905. XXXIX. 4, str. 453.
[6]) Deut. med. Wochenschr. 1903. Nr. 4, str. 61.
[7]) Gazeta lekarska. 1905. Nr. 21, str. 518.
[8]) Deut. med. Wochenschr. 1904, Nr. 33, str. 1195 i nast.
[9]) Annales de l'Institut Pasteur, 1902, grudzień.
[10]) R. Zeitschr. f. Hygiene, 1905, t. 50, 3 i t. 51, 1.
[11]) Przegląd lekarski. 1905.

kich warstwach bulionu, osadza młode masy bakteryjne zapomocą surowicy o silnych własnościach aglutynacyjnych, odrzuca górną warstwę płynu, wyjaławia przy 65° C., przesącza szczepionkę, dawkuje ją wagowo, dodaje 1:200.000 tellurynu potasu i odrzuca wszelkie środki antyseptyczne, ograniczając się tylko do ścisłej aseptyki. (Dok. nast.).

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nowy model nożyc do resekcyi żeber.

Podał

Prymaryusz **Dr. Józef Bogdanik.**

Dotąd do resekcyi żeber używane narzędzia nie zadawalniały mnie, ale nie zadawalniały i innych chirurgów, dowodem czego liczne modele, które rozmaici autorowie podają. Samo przecięcie żebra nie sprawia trudności, sprawia je jedynie przesunięcie jednego ramienia nożyc poza żebro, aby się wynurzyło w następnym przestworze międzyżebrowym. Chcąc to uskutecznić, musimy poprowadzić dość duże cięcie przez części miękkie, następnie musimy oddzielić okostną od żebra z powierzchni przedniej i tylnej zapomocą zakrzywionej skrobaczki (*raspatorium*). Potem dopiero wprowadzamy nie bez trudności jedno ramię nożyc, albo też piłkę łańcuszkową lub Gigli'ego i przecinamy żebro. Następnie czynność tę powtarzamy w miejscu drugiem.

Dużo zachodu tedy potrzeba, aby wyciąć mały kawałeczek żebra. Części miękkie przeciąć musimy na dość dużej przestrzeni, a okostnę od żebra oddzielić trzeba na przestrzeni znacznie większej, aniżeli wynosi kawałeczek wyciętego żebra. Wszystkim tym niedogodnościom zapobiegają nożyce, które według mego wzoru wykonał p. Ludwik Knapiński w Krakowie.



Nożyce składają się, jak rycina uzmysławia, z dwóch ramion rozsuwalnych. Jedno ramię ma dziób zakrzywiony 12 mm. szeroki i kończy się dosyć śpiczasto. Drugie ramię zaś ma na końcu równolegle do siebie przytwierdzone dwa brzuszaste noże w odstępie 12 mm. od siebie. Sposób postępowania temi nożycami jest następujący:

W uśpieniu lub znieczuleniu miejscowem nacinam ponad żebrem resekować się mającem i równolegle do jego osi długiej części miękkie na przestrzeni 5 do 6 cm. drążąc odrazu aż do kości. Następnie zwykłą skrobaczką oddzielam okostnę żebrową od żebra na powierzchni przedniej i na dolnym brzegu tegoż. Potem nacinam jeszcze części miękkie pionowo do cięcia poprzedniego tak, że linie cięcia tworzą krzyż albo literę T i przesuwam dziób zakrzywiony pierwszego ramienia nożyc poza żebro. Ramię to spełnia czynność skrobaczki, oddzielając okostnę od żebra na tylnej powierzchni i dziób, okalając żebro, wychyli się z następnego przestworu międzyżebrowego. Potem od dołu wsuwam na ramię to, drugie ramię nożyc opatrzone w parę noży i zbliżając do siebie ramiona nożyc, zamykam je, przez co wycinam odrazu 12 mm. długi kawałeczek żebra, który się razem z nożycami wydala. Naciąwszy następnie skalpelem opłucną żebrową, otrzymuję otwór dostateczny do osączkowania jamy opłucnej w przypadkach ropniaka opłucnego (*empyema*).

Nożyce moje nadają się przedewszystkiem przy ropniakach, lub jeżeli chcemy zmniejszyć objętość klatki piersiowej, wycinając po kawałku z całego szeregu żeber.

Zalety nożyc są z tego opisu jasne: upraszczają one i skracają znacznie resekcyę żeber, rana w częściach miękkich jest małą i unika się zbytniego oddzielenia okostny od żebra. Wypróbowawszy już kilkakrotnie nożyce te, polecam je kolegom, nadmieniając, że mam jeszcze model węższy, gdybym n. p. u dziecka wyciąć chciał mniejszy kawałeczek żebra. Korzystniejszem jest jednak wycięcie większego kawałka, bo otwór się szybko zmniejsza, a potrzeba, aby był dość duży na pomieszczenie grubego sączka.

Nożyce rozkładalne dadzą się przez gotowanie łatwo wyjałowić, a w razie zstępienia noży można je rozkręcić i z osobna wyostrzyć. Wykonanie narzędzia przez p. Knapińskiego odpowiada w zupełności mojemu pomysłowi

III. **Kreseptol, Septosol i Lithantrol środki przeciwgnilne wyrobu krajowego.**

Podał

Doc. dr. Ig. Lemberger.

„Kreseptol“, „Septosol“ i „Lithanthrol“ są to środki dezynfekcyjne, które wyrabia w tym roku nowo zawiązana polska fabryka produktów chemicznych „Beskid“ w Białej. Środki te mają na celu zastąpić odpowiadające im przetwory przeciwgnilne wyrobu zagranicznego, a przeważnie niemieckiego, jakoto lysol, kreolinę i t. p. Środki te poddałem ścisłemu badaniu, a gdy wyniki badania wypadły pomyślnie, więc podaję je do wiadomości kolegów lekarzy w tem przypuszczeniu, że nie wszyscy wiedzą o istnieniu wymienionych przetworów przeciwgnilnych wyrobu krajowego.

Przedmiotem badania tych przetworów było poznanie składu chemicznego, jak również stopnia działania przeciwgnilnego i odwaniającego. Przy badaniu chemicznem ilościowem używano metod, polegających na destylacyi cząstkowej jużto bezpośredniej, jużto przy zmniejszonem ciśnieniu, jużto wreszcie parą wodną. Badania nad stopniem działania przeciwgnilnego wykonano w ten sposób, że kawałeczki mięśni, zbrukanych pyłem z podłogi, oblano w próbówce badanym rozczynem — w różnem zgęszczeniu i trzymano w cieplarce w temperaturze 37° C przez szereg dni, kontrolując codziennie, w której z probówek i w jakim czasie gnicie nastąpiło.

Celem badania stopnia działania odwaniającego, umieszczono w odpowiedniej ilości próbówek zbrukane pyłem z podłogi mięśnie, które oblano małą ilością wody i poddawano w cieplarce gniciu. Gdy mięśnie w próbówkach uległy daleko idącemu rozkładowi, zaprawiono je rozczynem wy-

mienionych środków w różnym zgęszczeniu i pozostawiono, badając, w jakim czasie odwonienie nastąpiło.

Wyniki tych badań były następujące:

I. Kreseptol. Środek ten przedstawia ciecz barwy brunatnej, w cienkich warstwach brunatno-czerwonej, woni fenolowej, oddziaływania alkalicznego. We wodzie, wyskoku i eterze rozpuszcza się w każdym stosunku

W stu częściach kreseptolu znaleziono:

Wody	23·75%
Fenolu + kresolu .	43·00%
Kwasu olejowego . .	33·25%
Amoniaku (NH_3) . .	1·33%.

Rozczyn wodny 0·10% działa wybitnie przeciwgnilnie, a rozczyn 0·25% odwaniająco. Kreseptol jest zatem środkiem wybitnie przeciwgnilnym i odwaniającym, który zawiera jako podstawę fenol i kwas olejowy.

II. Septosol. Jestto ciecz barwy żółtej, woni fenolowej, która się miesza z wodą i wyskokiem w każdym stosunku.

W stu częściach septosolu znaleziono:

Wody	17·5%
Kresolów	36·5%
Mydła i gliceryny . .	46·0%.

W rozczynie wodnym 0·10% działa przeciwgnilnie, a rozczyn 0·25% posiada zdolność odwaniania. — Septosol jest zatem rozczynem mydła kresolowego we wodzie i jest silnym środkiem przeciwgnilnym i odwaniającym.

III. Lithantrol przedstawia ciecz gęstawą, woni smołowej, barwy brunatno-czarnej, miesza się w każdym stosunku z wyskokiem, eterem, benzolem, eterem naftowym. We wodzie się nie rozpuszcza, natomiast tworzy zmieszany z wodą trwałą zawiesinę.

W stu częściach lithantrolu znaleziono:

Wody	9·50%
Benzolu	37·50%
Związków smołowych i żywic	53·00%.

Zawiesina 0·10% działa przeciwgnilnie, a 0·25% wybitnie odwaniająco. Lithantrol jest zatem silnym środkiem dezynfekcyjnym i odwaniającym, utworzonym z ciężkich produktów smołowych przy pomocy mydeł żywicznych.

Z przedstawionych wyników badania widzimy zatem, że wszystkie przytoczone wyżej środki posiadają bardzo wybitną zdolność dezynfekcyjną i odwaniającą, która w niczem nie ustępuje przetworom fabryk zagranicznych tak, iż środki te mogą być użyte do tych samych celów i zastąpią zagraniczne fabrykaty w całym tego słowa znaczeniu.

Uwzględniając skład chemiczny trzech wymienionych przetworów, zastąpić można septosolem i kreseptolem przetwory, będące w handlu pod nazwą: *antiputrol, baccilol, basol, bawarol, betalysol, karbosapol, kresapolin, kresol Rasching, lykresol, lysol, fenolin, sapokarbol I, sapofenol.* Lithantrol zaś zastąpi nam w użyciu: *kreolinę Pearsona, kresapol, desinfektol, izal, kresolinę, kresolvinę, negrolinę, sapokarbol II, sapokresolin, urpin.*

Pod względem wykonania technicznego przetworom tym również nie można uczynić żadnego zarzutu.

Kresoptol, septosol i lithantrol są to zatem dzielne środki dezynfekcyjne i odwaniające, które w działaniu zastępują w zupełności odpowiadające im środki zagraniczne; zasługują one ze wszech miar na poparcie ze strony lekarzy, a to tembardziej, że są to przetwory krajowego przemysłu chemicznego.

IV. Oceny i sprawozdania.

E. Pollak: **Przyczynek do nauki o kaszlu.** (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, XXXVIII, Nr. 12).

W ogłoszonej pod powyższym tytułem rozprawie, prócz wielu znanych, zajmujących szczegółów, opisuje autor własne spostrzeżenia, które poniekąd rzucają nowe światło na drogi, jakiemi powstawać może kaszel. Z treścią pracy warto zapoznać się, choćby tylko w skróceniu:

Na wstępie czytamy o ciekawem zapatrywaniu Albrechta Hallera, jakoby kaszel był aktem, zależnym od woli ludzkiej — „*Sache des Willens*“; pomimo, iż przyznaje, że istnieje także kaszel, który wbrew woli, lub też wbrew chęci — „*ungern*“ — powstaje, twierdzi jednak, że „dręczeniem zwierząt kaszlu wymusić nie można“. Już w 18-tem stuleciu czyniono próby wywołania kaszlu na drodze doświadczalnej u zwierząt, lecz dopiero badania, podjęte w drugiej połowie przeszłego stulecia, przyczyniły się do wzbogacenia naszych wiadomości w tym kierunku. Dzisiaj wiemy, że prócz kaszlu dowolnego, powstającego przez przeniesienie podniety woli z kory mózgowej na rdzeniowy ośrodek kaszlu, spotykamy się o wiele częściej z kaszlem mimowolnym, którego przyczyna może być ośrodkowa, lub powstawać w różnych okolicach obwodowego układu nerwowego. Według doświadczeń Kohtsa, dokonanych na psach i kotach, siedziba ośrodka kaszlu jest rdzeń przedłużony, tuż powyżej ośrodka mięśni wdechowych. Ośrodek kaszlu rozciąga się stąd aż do środka dołu równoległobocznego, odpowiednio do skrzydła popielatego, które ma dawać początek włóknom nerwu błędnego. Według Holma ośrodka dla odruchu tchawiczno-oskrzelowego należy szukać w jądrze nerwu błędnego. Kohts wywoływał kaszel u zwierząt, drażniąc elektrycznie lub mechanicznie te części po odsłonięciu móżdżku i rdzenia przedłużonego.

Nie wszyscy się na to godzą, czy klinicznie istnieje kaszel pochodzenia ośrodkowego. Schech spostrzegał wprawdzie po urazach rdzenia przedłużonego, przy padaczce i t. p. występowanie kaszlu, który odnosił do przyczyny ośrodkowej; badacze, jak Schroetter, M. Schmidt i inni, podają jednak w wątpliwość istnienie kaszlu przyrody czysto ośrodkowej. Zwykłym sposobem powstawania kaszlu jest droga odruchu: Podrażnienie nerwu czuciowego obwodowego przenosi się na rdzeniowy ośrodek kaszlu, skąd znów wychodzi podnieta dla akcyi tych wszystkich mięśni, które przy kaszlu są czynne. Do najbardziej czułych miejsc należy tylna ściana krtani i rozdwojenie tchawicy. Czułemi są także błona śluzowa gardła, dolnej powierzchni strun głosowych, tylnej ściany tchawicy, oskrzeli, wreszcie opłucna żebrowa. Błony śluzowej wejścia krtani, górnej powierzchni strun głosowych, jakoteż miąższu płucnego zaliczać tu nie można. Nerwem kaszlu dla krtani jest nerw krtaniowy górny, a dla tchawicy i oskrzeli nerw błędny poniżej oddzielenia się tamtego. Szereg miejsc, z których odruchowo można wywołać kaszel, odkrytych drogą doświadczeń na zwierzętach, doznał zwiększenia przez spostrzeżenia kliniczne, które wykazały, że punktem wyjścia dla kaszlu w danych warunkach mogą być inne jeszcze okolice ciała ludzkiego. Stąd powstały pojęcia o kaszlu nosowym, żołądkowym, macicznym i t. p. W miarę postępów nauki o chorobach nosa zapoznano się dokładniej z kaszlem nosowym. U wielu osobników już dotykanie błony śluzowej nosa, szczególnie w częściach tylnych, wywołuje kaszel. Najczęściej występuje ten odruch u osób ze zmianami chorobowemi w nosie i tłómaczy się podrażnieniem

włókien nosowych nerwu trójdzielnego. Zdania nie są zgodne, czy kaszel nosowy należy zaliczyć do odruchów fizyologicznych, czy też uważać go jako patologiczne zaburzenie w czynności odruchowej błony śluzowej. Naszem zdaniem słusznie skłania się autor do ostatniego zapatrywania. Natomiast uważa za dowiedzione, że kaszel, pochodzący z gardła, a dający się także wywołać doświadczalnie u zwierząt, należy do rzędu odruchów fizyologicznych. I na to nie wszyscy się godzą, jakoby opłucna żebrowa mogła być źródłem prawidłowego odruchu kaszlowego Dawniejsi lekarze wierzyli w istnienie kaszlu żołądkowego. Dzisiaj bardzo poważne głosy oświadczają się stanowczo przeciw temu, a doświadczenia na zwierzętach, jak dotychczas, dały wyniki ujemne. Prawdopodobniejszem jest, że z wątroby może wyjść odruch kaszlu. Dawno znanym jest kaszel, pochodzący z narządów rodnych kobiecych, szczególnie przy zmianach położenia macicy i zrostach w miednicy małej. Wreszcie pojedyncze spostrzeżenia zdawałyby się przemawiać za możliwością kaszlu, pochodzącego z jąder, pęcherza moczowego, nerek, skóry, lub nawet z podrażnienia nerwów zmysłowych.

Niemniej dawno znaną jest wrażliwość w tym kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego. Cassius Felix w r. 97 po Chr. wspomina już o tem Obecnie powszechnie znanym jest objaw kaszlu wskutek wprowadzenia wziernika usznego, szczególnie zimnego, nawet wskutek samego dotykania się ścian przewodu. Taki sam skutek mogą mieć ciała obce. Najdawniejszem spostrzeżeniem pod tym względem jest przypadek Fabriciusa Hildanusa. Dziewczyna, u której przez lat 8 w lewym przewodzie zewnętrznym pozostawała kulka szklana, wielkości grochu, cierpiała z początku na uporczywe bole lewej połowy głowy i znieczulenie lewej połowy ciała. Do tych objawów przyłączył się wkrótce ustawiczny, suchy kaszel, a po 5 latach napady padaczkowe i zanik lewej kończyny górnej. Po usunięciu ciała obcego nastąpiło zupełne wyleczenie. Analogicznych przypadków dużo można spotkać w późniejszem piśmiennictwie. Nic dziwnego, że i nagromadzenie woskowiny, tworzące nieraz zbite czopy, może dać powód do kaszlu odruchowego.

Zdaje się jednak, że nie wszystkie okolice przewodu słuchowego zewnętrznego jednako w tym kierunku oddziaływają. Najczulszem miejscem ma być dolna tylna ściana przewodu, a autorowi wcale nie udało się dotykaniem przedniej części przewodu wywołać kaszlu. Czy drogi dośrodkowe tego odruchu mają początek w zakończeniach nerwu trójdzielnego, czy też błędnego, wielu badaczy nie uważa za rzecz rozstrzygniętą. Autor przekonał się, że miejscem, z którego ten odruch wywołać można, jest wyłącznie tylna górna część przewodu słuchowego kostnego i na tej podstawie twierdzi, że drogą tego odruchu jest gałąź uszna n. błędnego, która właśnie tę część w nerwy czuciowe zaopatruje. Kaszel pochodzenia usznego napotyka się często u ludzi ze zdrowym narządem słuchowym, jak i oddechowym tak, że uważać go należy za objaw fizyologiczny, który, według obliczeń rozmaitych autorów, występuje u 17—26% osobników badanych Że nie występuje on stale u wszystkich, nie da się tłómaczyć nieprawidłowością w innerwacyi odruchowej, ale raczej mniej, lub więcej obfitem rozdzieleniem gałązek nerwowych Autor w subtelny sposób dowodzi słuszności tego zapatrywania. Przekroczyłoby to jednak rozmiary tej oceny, gdybyśmy dowody te, zresztą wielce zajmujące, chcieli przytaczać.

Poprzednio opisane sposoby powstawania kaszlu usznego były znane. Nowem jest jednak spostrzeżenie autora, że i wskutek podrażnienia przyśrodkowej ściany jamy bębenkowej kaszel wystąpić może, że więc i to miejsce należałoby zaliczyć do rzędu t. zw. „regiones tussigenes.“ Dowodu na to mają dostarczyć 3 przypadki, opisane przez autora. W jednym z nich, najbardziej charakterystycznym chodziło o pacyenta z przewlekłym ropotokiem usznym, ze znacznem obrzmieniem błony śluzowej jamy bębenkowej i dużym ubytkiem błony bębenkowej. Po dłuższem leczeniu wypływ z jamy bębenkowej ustał, a błona śluzowa stawała się coraz cieńszą. Wtedy to spostrzegł autor, że gdy dotykał zgłębnikiem wzgórka jamy bębenkowej, występowało u pacyenta uczucie łechtania w krtani, silny kaszel i łzawienie oka po stronie ucha chorego. Ani dotykanie przewodu zewnętrznego, ani resztek błony bębenkowej, ani wreszcie drażnienie błony śluzowej nosa i gardła objawu tego wywołać nie zdołało. Gdy po kilku miesiącach pacyent doznał ostrego nawrotu w postaci ponownego ropienia, wraz ze znacznem obrzmieniem błony śluzowej jamy bębenkowej, wrażliwość okolicy wzgórka, względnie ściany przyśrodkowej na dotykanie zgłębnikiem znikła zupełnie, tak, że pomimo usiłowań autorowi w żaden sposób nie udało się wywołać odruchu kaszlu. Po kilku tygodniach w miarę leczenia obrzęk zaczął ustępować i wtedy ponownie można było wywołać kaszel przez dotykanie zgłębnikiem ściany przyśrodkowej jamy bębenkowej. Uderzającem było przytem, że w czasie, gdy jama bębenkowa była suchą, a błona śluzowa bladą i wątłą, najlżejszy dotyk wystarczał, by kaszel wywołać; obecnie wśród trwającego, aczkolwiek zmiejszającego się obrzmienia, trzeba było silniejszego ucisku zgłębnikiem, aby to samo osiągnąć. W drugim przypadku, prócz kaszlu, występował w tychże warunkach kłujący ból oka po stronie ucha chorego.

Możliwość zadrażnienia ośrodka kaszlu drogą nerwów jamy bębenkowej nie była dotychczas stwierdzoną. W pierwszej połowie ubiegłego stulecia opisywał Frank kaszel, występujący u osób nerwowych podczas przestrzykiwania ucha celem wydalenia ropy i tłómaczył ten objaw „drażnieniem nerwów jamy bębenkowej“. Zdaje się jednak prawdopodobnem, że w tych przypadkach część płynu, użytego do przestrzykania, dostała się przez trąbkę uszną do gardła i wywołała kaszel w sposób, dość często spostrzegany. Z drugiej strony Urbantschitsch opisał uczucie łaskotania i drapania w okolicy tylnej ściany krtani, występujące przy dotykaniu zgłębnikiem ścian jamy bębenkowej, uważając je za objaw rozpromieniania czuciowego. Autor w jednym ze swych przypadków podobną rzecz spostrzegał, nie zgadza się jednak z powyższem tłómaczeniem, ma raczej przekonanie, że przy drażnieniu zgłębnikiem dotyczących części błony śluzowej idzie zawsze o odruch, czy to w postaci szczątkowej, jako świadome uczucie łechtania w krtani, czy też w postaci motorycznej, jako akt kaszlu. W tej ostatniej, jako zupełnie rozwiniętej, obok wyraźnego kaszlu występuje równocześnie uczucie łechtania w krtani, które w miarę wzmagania się kaszlu coraz bardziej słabnie. Kaszel, pochodzący z jamy bębenkowej, podobnie jak i kaszel z przewodu zewnętrznego, bywa zawsze wtórorzędny, każdym razem wywołany nowem, obwodowem podrażnieniem, a nigdy nie bywa idyopatycznym Autor zastanawia się nad drogą dośrodkową opisanego odruchu. Jamę bębenkową zaopatruje w nerwy czuciowe splot bębenkowy *(plexus tympanicus)*, który składa się z włókien nerwu językowo-gardłowego, nerwu trójdzielnego, a po części i nerwu współczulnego. Splot ten tworzy sieć najobfitszą w okolicy wzgórka jamy bębenkowej. Pokrywająca go błona śluzowa odznacza się szczególną cienkością i gładkością i ściśle jest zrośnięta z okostną. Uwzględniając jeszcze, że przez wzgórek przechodzi najgrubsza gałąź splotu, nerw Jacobsona, zrozumiemy, dlaczego właśnie to miejsce jest najczulsze na drażnienie. Obrzęk błony śluzowej jamy bębenkowej okazał się w przypadkach autora niejako ochroną dla jej nerwów czuciowych. Analogicznie możnaby tłómaczyć indywidualną wrażliwość różną budową anatomiczną, gdyż czasem nerw Jacobsona i inne gałązki splotu bębenkowego nie przebiegają w otwartych rowkach, ale w kanalikach częściowo, lub zupełnie zamkniętych.

Ze stosunków anatomicznych wynika, że część dośrodkowa łuku odruchowego mogłaby odpowiadać drodze nerwu trójdzielnego, albo też drodze nerwu językowogardłowego. Przypuszczając możliwość pierwszą, mielibyśmy typ kaszlu taki sam, jak nosowy. Autor twierdzi jednak, że przy ka-

szlu, pochodzącym z jamy bębenkowej, pośredniczyć może jedynie nerw językowogardłowy. Gdyby bowiem nerw trójdzielny był drogą tego odruchu, niezrozumiałem byłoby, dlaczego u tego samego osobnika, na ten sam bodziec włókna jego nosowe miałyby inaczej oddziaływać, niż włókna w jamie bębenkowej. Wreszcie znacznie dłuższa droga, którą przebyć musiałby odruch po nerwie trójdzielnym, w porównaniu do krótkiego przebiegu nerwu językowogardłowego, a także blizki stosunek tegoż do nerwu błędnego i jego ośrodków, utwierdzają autora w jego przekonaniu. Drażnienie błony śluzowej jamy bębenkowej zgłębnikiem przenosi się jednak pod innym względem także w kierunku nerwu trójdzielnego, czego dowodem równocześnie występujące łzawienie i ból oka, jako wyraz pobudzenia włókien czuciowych pierwszej gałęzi. Jak często zdarza się kaszel odruchowy na tej drodze, autor nie potrafi powiedzieć. Pomimo poszukiwań, prócz w opisanych przypadkach, objawu tego więcej nie napotkał. Tak więc kaszel, wywołany na drodze nerwu językowogardłowego, zalicza do odruchów patologicznych i nazywa „nerwowym“, czyli „heterogen“, w przeciwieństwie do odruchowego kaszlu, powstającego za pośrednictwem nerwu błędnego: „vagogen“. Pierwszy przebywa bowiem taką drogę nerwową, która w prawidłowych stosunkach nie ma związku z ośrodkiem kaszlu.

W końcu zastanawia się autor nad warunkami, wśród których kaszel nerwowy występować może i przytacza różne zapatrywania, któremi usiłowano tłómaczyć istotę jego. Te tłómaczenia nie zadowalniają jednak autora, bo: „pomijając dośrodkowe i odśrodkowe neurony, znamy jedynie położenie komórek zwojowych, tworzących ośrodek kaszlu. O przestrzeniach odruchowych, pośredniczących między poszczególnemi znanemi stacyami, wiemy równie mało, jak o istocie, położeniu i budowie narządów odruch hamujących. Małe prawdopodobieństwo, byśmy obecnie wśród tego mroku doszli do poznania prawdy, uprawnia nas do poprzestania na doświadczeniach klinicznych“. *Schoengut.*

V. Wyciągi.

CHIRURGIA. Alexander. **Leczenie chirurgiczne zapalenia opon pochodzenia usznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Leczenie operacyjne zapalenia opon ma jeszcze wielu przeciwników. A jednak wyniki pomyślne są częste. Operacya polegać może: 1) na natychmiastowem usunięciu sprawy chorobowej w samem uchu; 2) na odsłonięciu opony twardej; 3) na przecięciu jej i sączkowaniu przestworu podoponowego; 4) na wyssaniu płynu mózgowordzeniowego z otworu w oponie twardej i 5) na nakłuciu lędźwiowem. Zapalenie opon dzieli autor głównie na 3 grupy: ropne, gruźlicze i surowicze: po omówieniu patologii tych cierpień przechodzi on do wskazań i leczenia operacyjnego. Zapalenie gruźlicze autor wogóle wyklucza od operacyi. Zapalenie surowicze łączy się zwykle z zapaleniem tkanki mózgowej, jako surowicze zapalenie opon i mózgu. Znane są podobne przypadki wyleczenia, cierpienie to jednak wogóle dobrze zbadanem nie jest. W każdym przypadku nieropnego zapalenia opon (ale pochodzenia usznego) powinno się oponę twardą odsłonić, ewentualnie nawet sączkować przestrzeń podoponową. Często pewność co do rozpoznania dać nam może nakłucie lędźwiowe. Płyn wydobyty może być ropiasty, mętny od ciałek białych (bez drobnoustrojów), jasny z drobnoustrojami lub prawidłowy. Nakłucia lędźwiowego używają niektórzy jako czynnika leczniczego w zapaleniu opon pochodzenia usznego i wypuszczają w 3—8 dni po 5—20 cm.³ płynu. Autor takich wyleczeń nie widział: polepszenie występuje wybitne bezsprzecznie. Ropne zapalenie opon (z ucha) powinno się zawsze prawie operować. Niektórzy nie operują, gdy płyn przy nakłuciu lędźwiowem wychodzi mętny. Zdanie to jest jednak zupełnie niesłuszne, bo czasem i przy ropnym zajęciu błędnika lub ropniu mózgowym płyn może być także mętny. Rąk nie powinno się opuszczać nigdy. Sączkować najlepiej dwoma otworami (jeden nad jamą wyrostka sutkowego, a drugi z tyłu poza zatoką). Ewentualne wysunięcie się mózgu nie jest strasznem bardzo powikłaniem, ustępuje zwykle w gojeniu same. Haberor zastosował w ropnem zapaleniu opon rozległe odsłonięcie mózgu i usuwanie powierzchownych schorzałych części substancyi mózgowej. *Dr. A. Klęsk.*

Lorenz. **Skrzywienie kręgosłupa przy rwie kulszowej** (*scoliosis ischiadica*) **w teoryi i praktyce.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 39, 1905). Skrzywienie kręgosłupa przy rwie kulszowej tłómaczono różnie. Jedni uważają je za skutek porażenia mięśni, szczególnie wyciągacza grzbietu, wskutek zajęcia splotu lędźwiowo-krzyżowego. Inni nie uznają właściwego porażenia ruchowego mięśni, lecz raczej schorzenia gałązek czuciowych swego rodzaju. Nicoladoni uważa skrzywienie kręgosłupa za odruch w celu rozsuwania otworów międzykręgowych, przez co unika chory ucisku na nerwy. Lesser i Guse sądzą, że ucisk ten pochodzi od mięśnia gruszkowatego, opadnięcie zaś miednicy zwalnia napięcie tegoż mięśnia. Hoffa, który sam przebył to cierpienie, uważa skrzywienie za odruchowe przykurczenie w celu usunięcia bolu przy obciążaniu kończyny. Skrzywienie to kręgosłupa występuje zwykle typowo, t. j. zwrócone wypukłością ku stronie chorej w części lędźwiowej, (a w części piersiowej naturalnie na odwrót). Bardzo rzadko występuje skrzywienie ku stronie zdrowej. Oprócz tego występuje przytem mierne nachylenie ku przodowi i zgięcie w stawie biodrowym i kolanowym. Jeżeli badać będziemy schematy tych skrzywień, to dojść musimy do przekonania, że skrzywienie w rwie kulszowej pochodzi z tego, że chory nastawia w ten sposób szkielet, by punkty leżące między kością krzyżową, a stawem biodrowym leżały jak najbliżej, a to celem usunięcia naciągania i napięcia nerwów. Schematy wykazują, że w razie skrzywienia ku stronie chorej przy opuszczeniu miednicy punkta te leżą najbliżej. Staraniem naszem powinno być naśladować naturę, powinniśmy też w tem położeniu, jakie chory sam wybiera, założyć opatrunek gipsowy nawet na tygodnie i miesiące, a nie starać się przez powieszenie lub inne zabiegi przemocą skrzywienia wyrównywać. Wskutek procesów zapalnych to przykurczenie nerwu może pozostać dalej i wtedy trzeba w znieczuleniu po przejściu ostrego stanu znowu nerw (nie krwawo) wyciągnąć. *Dr. A. Klęsk.*

Lucas-Championnière. **Etyologia i leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1905). Redakcya powzięła szczęśliwy zamiar zasięgnięcia zdania w sprawie chorób wyrostka robaczkowego u zagranicznych operatorów i niniejsza praca jest właśnie krótkim poglądem wielkiego paryskiego chirurga na tę tak ważną chorobę. Autor zastanawia się w pierwszym rzędzie, czy tak często zdarzające się obecnie zapalenia wyrostka są rzeczywiście częstsze, niż dawniej, czy też może umiemy je lepiej rozpoznawać i częściej operujemy. Z doświadczenia swego przychodzi do przekonania, że i bezwzględnie liczba schorzeń na tę chorobę się wzmogła tak, że można powiedzieć śmiało, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest „nową“ chorobą. Zdarzają się każdemu operatorowi chwile, w których spotyka tak wiele tych schorzeń, że wprost możnaby wtedy mówić o epidemii. To też pewnem jest, że w jednych okolicach choroba ta jest częsta, na porządku dziennym, w innych występuje znów bardzo rzadko. Zdarza się ona o wiele częściej po miastach, niż po wsiach. Zapalenie wyrostka występuje prawie zawsze w następstwie epidemii grypy tak, że niektórzy uważają nawet grypę za przyczynowy czynnik w zapaleniu wyrostka. Dalszym ważnym czynnikiem przyczynowym w chorobie, o której mowa, jest też bezwątpienia dyeta mięsna. W Ameryce i Anglii, gdzie ludzie odżywiają się głównie mięsem, grasuje ona silnie, podczas gdy n. p. w Algierze należy ona do rzadkości (pożywienie roślinne). W klasztorach o trybie życia roślinnym należy ona też do rzadkości, podobnie w więzieniach, podczas gdy w paryzkich liceach spotyka się ją u ludzi w tym samym wieku bardzo często. Tak zwane dziedziczne zapalenie wyrostka kładzie autor także na karb przeważającego pożywienia mięsnego. Niemało na rozwój choroby wpływa też nieregularne oddawanie stolca przy silnem odżywianiu. Czynniki wspomniane mogą zarazem wpływać zapobiegawczo przed tą chorobą. W leczeniu zapaleń wyrostka hołduje autor zasadzie jak najszybszego operowania każdego przypadku, z wyjątkiem, jeżeli zostaje wezwany już późno, n. p. 8—10 dnia choroby. Operuje i najbardziej zrozpaczone przypadki, nawet dające najgorsze rokowanie i uważa to za obowiązek każdego chirurga. Sączkuje tylko w razie ropy. Cięcie prowadzi nad mięśniem prostym, który potem odsuwa na bok, a przy szyciu zasuwa z powrotem na szew otrzewnej, by służył za naturalną pelotę przeciw tworzeniu się przepukliny. *Dr. A. Klęsk.*

Hacker. **Dalsze uwagi w sprawie usuwania ciał obcych zapomocą ezofagoskopu.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 39, 1905). Autor rozporządza spostrzeganiem 38 przypadków ciał obcych przełyku. W przypadkach tych usunięto bez szkody dla chorego ciało obce zapomocą ezofagoskopu. Wogóle w literaturze opisanych jest dotąd 78 podobnych przypadków; z tych 78 przypadków w pięciu wykonano nacięcie zewnętrzne przełyku, trzy razy nacięcie żołądka, 16 razy zepchnięto ciało na dół, 46 razy wyjęto i 2 razy po wyjęciu ezofagoskopu chorzy zwymiotowali je. Przypadki nie

operowane wyszły wszystkie z wyjątkiem jednego, gdzie po wyjęciu rozwinęło się zakażenie i musiano także operować. Śmiertelność bez operacyi Stark oblicza na 5 prc.: są to przeważnie wszystko przypadki, gdzie lekarze przedtem niezręcznie manipulowali. Autor sądzi, że każdy chirurg powinien umieć ezofagoskopować, a uniknie się wielu nieszczęść. Nacięcie przełyku wykonywa autor przy bardzo dużych ciałach ostrych, które przez to już długo tkwią w przełyku; dalej w razie istniejącego zakażenia, i w końcu, gdy ciała innym sposobem usunąć nie można. Często spotyka się chorych, którzy twierdzą, że mają ciało obce w przełyku, a badanie ezofagoskopem nie wykazuje nic, lub czasem małą rankę jako pozostałość. Zwykle wtedy stan podmiotowy chorych po prześwietleniu poprawia się zupełnie. Trzy razy wsunął autor tubus do tchawicy, zamiast do przełyku i dopiero po cienkiej świeczce (*bougie*) udało się wsunąć tubus należycie. Gdzie Röntgen nic nie wykazuje, tam autor sonduje zawsze przedtem ostrożnie zgłębnikiem swojego pomysłu. Często spotyka się ciała obce ponad zwężeniem (n. p. rakowatej natury); autor wyjmował w podobnych przypadkach 11 razy, często nawet ciała miękkie, n. p. mięso. Najlepsze do użycia są: elektroskop Caspra, panelektroskop Leitera (daje duży dostęp do wyciągania), a w końcu najświeższej podane narzędzie firmy Reiniger-Gebbert-Schall, podług Görla. U dorosłych autor pędzluje gardło 2 prc. kokainą, u dzieci stosuje lekkie uśpienie chloroformowe. Technika po pokonaniu pierwszych trudności przy wkładaniu jest bardzo łatwą.

Dr. A. Klęsk.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. M. Reeb. **Badania drgawek porodowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). R. przeprowadził dwojakie doświadczenia: 1) zbierał przez 8—10 dni mocz 2 chorych na drgawki porodowe i otrzymał małą ilość żółtawo-białego ciała, nierozpuszczalnego w wodzie, rozpuszczalnego w wyskoku, eterze i chloroformie. Żaby i świnki morskie, którym ciało to wstrzyknięto, ulegały porażeniu przez kilka godzin. Z moczu zdrowych położnic ciała tego otrzymać nie mógł; 2) mózg 2 chorych na drgawki porodowe wysuszył i sproszkował: ½—1 gr. proszku tego w suchej postaci lub jako zawiesinę wprowadzał do opon mózgowych trepanowanych królików. Wszystkie zwierzęta zginęły po 16—52 godzinach wśród objawów porażenia. Ponieważ pomiędzy drgawkami a porażeniem zachodzi tylko różnica co do stopnia działania pewnego bodźca, więc R. ma nadzieję, że badania jego znajdują się na dobrej drodze. *B. Wojciechowski.*

O. Polano. **O własnościach wydzielniczych nabłonka owodni.** (*Zentralblatt für Gyn.* 1905, Nr. 40). Oprócz szczegółów stwierdzonych już przez innych autorów (Mandl, Bondi) odnośnie do siły wydzielniczej nabłonka owodni, zauważył P., że w nabłonku tej części owodni, która pokrywa łożysko, tworzą się wakuole w różnej ilości i różnych rozmiarów. Zjawiska tego nie spotyka się poza obrębem łożyska, ani też w owodni martwej płodu wymokłego. Pod względem wydzielniczym wyróżnia się część owodni pokrywającej łożysko w stosunku do reszty tej błony.

B. Wojciechowski.

L. Seeligmann. **W sprawie kazuistyki i techniki hebotomii. Nowa igła rowkowana dla wprowadzenia piłki Gigliego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). S. robi małe nacięcia przy górnym brzegu ramienia poziomego i dolnym ramienia zstępującego kości łonowej, wprowadza palec na tylną powierzchnię kości przy dolnym brzegu, drugą zaś ręką przeprowadza po tylnej powierzchni kości od góry ku dołowi igłę w postaci lekko wygiętej sondy rowkowanej, w której ukryta jest piłka Gigliego, zaczepiona oczkiem blizko końca igły. Przesuwając igłę, można obrać dowolny kierunek, w którym kość ma być przecięta, a ponadto chroni igła miękkie części od zetknięcia się z piłką, gdyż w czasie piłowania pozostawia się ją na swem miejscu. S. operował w ten sposób jeden przypadek z pomyślnym skutkiem dla matki, podczas gdy duży płód (4500 gr.) zmarł zdaniem S. wskutek dwukrotnego okręcenia się pępowiny około szyi. *B. Wojciechowski.*

O. Schaeffer. **Zmienna zbitość macicy wobec bodźców śródmacicznych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 40). Wobec szerokiej dyskusyi na ten temat w ostatnich czasach przypomina S. swe dawniejsze badania. Wynika z nich, że powolne lub szybkie rozszerzanie ujścia wewnętrznego macicy wywołują także w macicy niecię̜żarnej rozdęcie trzonu we wszystkich kierunkach, przez co macica przybiera kształt balonowaty; zbitość bywa wówczas średnia i odpowiada jednomiesięcznej ciąży, przyczem rogi stają się znacznie wiotsze od reszty trzonu: macica staje się gibszą w okolicy ujścia wewnętrznego, zupełnie jak podczas wczesnej ciąży; przy dalszem rozszerzaniu może macica zwiotczeć chwilami jeszcze bardziej, jak w IV. miesiącu ciąży, przy ciągłem zachowaniu kształtu balonowatego, a wtedy daje się ściana jej bez oporu sfałdować i łyżeczką daleko ku jamie otrzewnej wypuklić; wyższy stopień zwiotczenia jest w pierwszym rzędzie właściwością macicy po przebytej niedawno ciąży: długość jamy macicznej może przytem powiększyć się do 12 cm. Macica kobiety, która wcale nie rodziła, nie jest zdolną do zwiotczenia wysokiego stopnia, które natomiast łatwo zdarza się w następujących przypadkach: w niezupełnem zwinięciu się, niedokształceniu lub tyłozgięciu macicy, t. zw. *myometritis oedematosa* (przy niedokrwewności), w stanie po poronieniu, po krwotokach macicznych, przy zmianach zapalnych w przydatkach. W tych zatem przypadkach wskazaną jest szczególna ostrożność przy skrobaniu. Przebicie macicy jest możliwem bez uczucia żadnego oporu nawet grubem narzędziem i powstaje bez wyjątku w rogu macicznym.

B. Wojciechowski.

R. Kossmann. **Jeszcze w sprawie porażenia macicy nieciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). Ponieważ doświadczenie autora i innych wykazuje, że po powolnem rozszerzaniu przygotowawczem szyi macicznej łatwo przychodzi do porażenia macicy nieciężarnej, stan ten zaś usposabia do przebicia macicy w czasie skrobanki, więc K. już oddawna nie przygotowuje wcale szyi, tylko posługuje się przy skrobance łyżeczką wązką 6 mm., która zawsze łatwo przez szyję przechodzi. Szerszych łyżeczek używa tylko po poronieniu. *B. Wojciechowski.*

R. Asch. **W sprawie zwiotczenia macicy nieciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). A. zwraca uwagę, że stan, jaki się spotyka niekiedy w czasie skrobanki, niewłaściwie nazywają porażeniem macicy nieciężarnej, gdyż chodzi tu raczej o przejściowe zwiotczenie, nie przedstawiające uszkodzenia narządu ruchowego. Dalej podnosi A., że stan ten spostrzegał sam tylko w uśpieniu chloroformowem i że nigdy szyi do skrobanki nie przygotowuje. W przypadkach dotąd ogłoszonych spostrzegano omawiane zjawisko albo w chloroformowem uśpieniu, względnie znieczuleniu szyi kokainą, albo po rozszerzeniu szyi. Należałoby zatem uzupełnić spostrzeżenia przypadkami, w których ani chloroformu nie stosowano, ani szyi nie rozszerzano. *B. Wojciechowski.*

Dirmoser. **Wymioty niepowściągłe ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 41). Już dawniejsze badania anatomopatologiczne wskazywały na to, że przy uporczywych wymiotach powstają w ustroju zmiany podobne, jak w chorobach zakaźnych — późniejsze zaś wyniki badań zwracają uwagę na uderzające podobieństwo zmian, spotykanych przy uporczywych wymiotach i przy drgawkach porodowych. Co do strony klinicznej, to w roku 1890 spostrzegał D. pierwszy przypadek uporczywych wymiotów, zdradzający cechy choroby zakaźnej, a odtąd zebrał 20 takich przypadków i na podstawie dokładnych badań przemiany materyi i moczu oświadcza się za teoryą samozakażenia. D. widział też przypaddk drgawek porodowych obok uporczywych wymiotów z końcem 3. miesiąca ciąży, czego nie może uważać za czysty przypadek, a raczej za dowód, że przy uporczywych wymiotach tworzą się toksyny, zdolne wywołać drgawki porodowe. Toksyny te nie powstają zdaniem D. w jaju, lecz w przewodzie pokarmowym, gdzie podczas ciąży powstają odruchowo pierwsze zaburzenia. Zapewne chodzi tu nie o jedno ciało, lecz o cały szereg ciał, które wskutek nieprawidłowego rozkładu białka powstają i w przewodzie pokarmowym ulegają wessaniu.

B. Wojciechowski.

T. Landau. **Nowy sposób operacyjny dla wyleczenia zupełnego wypadnięcia macicy u kobiet w okresie przejściowym.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 43). Ściągnięcie macicy, cięcie przez przednią ścianę pochwy w linii środkowej od cewki prawie do ujścia zewnętrznego, okrojenie wargi przedniej, oddzielenie pęcherza, otwarcie przed jej jamy Douglasa, zwichnięcie macicy do tego stopnia, by uprzystępnić sobie dojście do zatoki tylnej Douglasa, przyszycie tegoż 2 szwami do przedniego kąta rany pochwy, t. j. tuż pod cewką, zachwytując zarazem miąższ szyi macicznej (przez co otrzewna zostaje zamkniętą), podwiązanie przydatków przy brzegu macicznym, wycięcie częściowe macicy z pozostawieniem części ściany tylnej pochwy, resekcya płatów ściany przedniej pochwy, zeszycie pozostałych płatów pochwy ponad kikutem macicy, *colpoperineorrhaphia*. Wyższość tego sposobu polega na podniesieniu zatoki Douglasa i wzmocnieniu blizny przez pozostawienie różnie dużej części miąższu macicznego. Technika prosta, a wynik w szeregu przypadków bardzo zachęcający. *B. Wojciechowski.*

O. Schaeffer. **Pierścień skurczowy a ujście wewnętrzne.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 38), S. przytacza dalsze dowody, że dolna część trzonu odgrywa podczas porodu rolę bierną, podobnie jak szyja. Pomiędzy t. zw. pierścieniem skurczowym a zwieraczem ujścia wewnętrznego daje się wybadać w pewnym okresie porodu i tuż po porodzie ów wiotki, łatwo zapadający się odcinek trzonu. *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. Beigel. **Przyczynek do etyologii pryszczykowych zapaleń oka.** (*Postęp okul.* Czerwiec, 1905). Jako

przyczynę pryszczykowych zapaleń oka uważano do niedawna wyłącznie skazę zołzową. W nowszych jednak czasach zwrócono uwagę na cały szereg innych wpływów etyologicznych, zaliczając do nich: 1. cierpienia miejscowe i skazy ogólne, jak gruźlica, kiła, rozległe schorzenia skóry i inne choroby, które przez swe długie trwanie znacznie osłabiają ustrój; 2. choroby zakaźne, jak płonica, odra, ospa i t. d.; 3. ostre i przewlekłe wyprysku na twarzy; 4. wrzodziejące zapalenie brzegu powiekowego; 5. liche odżywienie i wilgotne, piwniczne mieszkania. W dalszym rzędzie badania bakteryologiczne uczyniły tło omawianego cierpienia bardzo prawdopodobnem. Prof. Wicherkiewicz zwrócił uwagę na rolę wpływów wewnętrznych przy powstaniu tej choroby, a autor okazał słuszność wyżej wyrażonego poglądu na podstawie statystycznego zestawienia przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej. Stałe i corocznie powtarzające się wzmaganie się liczby przypadków choroby pryszczykowej do miesiąca maja przemawia za tem, że szkodliwe zewnętrzne wpływy, jakie idą zwykle w parze z częstymi opadami atmosferycznymi, sprzyjającymi rozwojowi wszelkich bakteryi, mogą odgrywać wybitną rolę przy powstawaniu zapaleń pryszczykowych oka.

Dr. W. Reis.

Wicherkiewicz. **Zapoznanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.** (*Postęp okulistyczny* czerwiec i lipiec, 1905). Do bardzo częstych przyczynowych podstaw chorób ocznych należy niewątpliwie kiła, której stwierdzenie lub wykluczenie na podstawie zeznań chorego należy częstokroć do rzeczy dość trudnych. Staranne indywidualizowanie ustrzeże lekarza od pomyłek rozpoznawczych, które mogłyby mieć wpływ bardzo ujemny na wybór sposobu leczenia i na sprawę gojenia. Przypadki, należące do tej kategoryi, dzieli autor na: 1) takie, gdzie podstawa kiłowa ukryta wywołuje chorobę oczną; 2) takie, gdzie tej podstawy wcale niema, lecz jakaś inna ogólna istnieje, a jednak przypadki były długo leczone bezskutecznie przeciwkiłowo; wreszcie 3) takie, gdzie u osobnika, kiedyś dotkniętego kiłą, następują okoliczności, wywołujące objawy oczne, mogące uchodzić za kiłowe, lubo one z kiłą rzeczywiście związku nie mają. W. przytacza kilka spostrzeganych przez siebie przypadków, gdzie na pozór etyologia cierpienia wydawała się zupełnie odmienna, a dopiero szczegółowe badanie i dobry wynik leczenia potwierdziły tło kiłowe. Na odwrót jednak można upatrywać nieraz kiłę, jako przyczynę choroby ocznej tam, gdzie jej albo niema i nie było wogóle, albo gdzie była wprawdzie, lecz nie wywołała cierpienia, występującego na tle innej jakiej choroby ustroju, n. p. na tle zimnicy, tak mało, zdaniem W., w tym kierunku uwzględnianej. Największą jednak ilość przypadków zaliczyć wypadnie do trzeciej kategoryi, gdyż tam, gdzie chory sam do przebytej kiły się przyznaje, lekarz aż nazbyt jest skorym stosowne wyciągnąć wnioski i stosować leczenie z większym lub mniejszym skutkiem, nie oglądając się za innymi powodami choroby. W ocenianiu pochodzenia choroby powinien lekarz nadzwyczaj być ogłędnym, zwłaszcza tam, gdzie liczniejsze czynniki o pierwszeństwo etyologiczne się ubiegają i gdy chory, obarczony obawą przed kiłą (*syfilidophobia*), ulegając jakiejkolwiek chorobie ocznej, niewłaściwie wskazuje na kiłowy jej pierwiastek. Uwagi, skreślone przez autora, poparte są licznymi przykładami.

Dr. W. Reis.

Valude. **Kilka uwag o leczeniu promieniami radu raków skórnych.** (*Annal. d'oculist.* Sierpień, 1905). Autor przytacza cztery przypadki, leczone promieniami radu z rozmaitym skutkiem, zależnie od złośliwości nowotworu. W dwóch przypadkach nastąpiło wyleczenie, w jednym poprawa, w jednym zaś leczenie pozostało bez wpływu na niepomyślny przebieg choroby. Jeden przypadek leczony był równocześnie promieniami Röntgena. Na podstawie tych spostrzeżeń wnioskuje V., że stosowanie promieni radu i promieni Röntgena daje korzystne wyniki tylko w przypadkach lekkich, w których operacyjne doszczętne usunięcie nowotworu ten sam miałoby skutek. Leczenie radem zachować należy dla osobników, wzbraniających się poddać zabiegom operacyjnym.

Dr. W. Reis.

Chaillons. **Dwa przypadki zakażenia urazowego gałki ocznej drobnoustrojem beztlenowcowym** (*bacillus perfringens*). (*Annal. d'oculist.* Sierpień, 1905). Po urazie odłamkiem żelaza, powodującym drążącą w głąb ranę rogówki, przyszło w obu spostrzeganych przez autora przypadkach do ropnego zapalenia całej gałki ocznej. Oprócz objawów miejscowych wystąpiły także zaburzenia ogólne (podwyższenie ciepłoty ciała, bezsenność, wymioty). Badanie bakteryologiczne wyłuszczonych gałek ocznych wykazało w obu przypadkach ten sam czynnik chorobotwórczy (*bacillus perfringens*), po raz pierwszy opisany we Francyi przez Veillona i Zubera w 1898) i podobne zmiany anatomiczne. Znamiennem było ułożenie drobnoustrojów w środku zropiałej gałki, które tworzyły zbite masy, jak najdalej oddalone od podłoża naczyniowego, w okolicy zupełnie pozbawionej tlenu. Zdaniem autora badanie bakteryologiczne przypadków ropnego zapalenia gałki ocznej nie powinno się ograniczać tylko na badaniu bakteryi tlenowcowych, lecz także na poszukiwaniu drobnoustrojów beztlenowcowych. Dokładna znajomość bodźców chorobotwórczych posłużyć może do określenia wskazań dla odpowiedniego leczenia.

Dr. W. Reis.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dnia 18 października 1905 r.

Przewodniczy prof. Nowak. Obecnych członków 33.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący podnosi zasługi zmarłego członka ś. p. prof. Edwarda Korczyńskiego. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

III. Następnie przewodniczący zawiadamia, że kol. dr. Pisarski, nie mogąc z powodu wyjazdu pełnić czynności sekreterza dorocznego, uprosił kol. dr. Cybulskiego, który tę czynność zastępczo spełniać się zgodził.

IV. Na członków czynnych przyjęto koll.: dr. Syropa i dr. Wyhowskiego.

V. Uchwalono wystosować pismo dziękczynne wdowie po ś. p. prof. Edwardzie Korczyńskim za dar na rzecz domu Towarz. lekar. krak.

VI. Uchwalono przez aklamacyę, aby Komisya słownikowa istniała stale w dotychczasowym składzie.

VII. Na wniosek kol. prof. Ludomiła Korczyńskiego Towarzystwo wzywa i upoważnia swoje Prezydyum do wystosowania pisma do Wys. Sejmu na ręce rektora Gluzińskiego, w którem podniesioną zostanie potrzeba gruntownego zbadania potrzeb zdrojownictwa krajowego przez zwołanie ankiety, w której skład weszłiby przedstawiciele stanu lekarskiego i przedsiębiorstw zdrojowych.

VIII. Kol. doc. Gliński demonstruje rzadsze przypadki anatomopatologiczne. — W dyskusyi zabiera głos kol. Latkowski.

IX. Kol. prymaryusz Borzęcki przedstawia chorą, u której strumień woszczynowy (*favus*) zajął okolicę pośladków. W przypadku tym zasługuje na zaznaczenie ta okoliczność, że cierpienie nie zajęło zupełnie skóry na czaszce; źródła zakażenia nie można wybadać. — W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Reiss i podnosi fakt, że strupień po ciele bez zajęcia głowy jest bardzo rzadkiem zjawiskiem.

X. Kol. doc. Lemberger przedstawia szereg preparatów Manduka, zwracając się do Towarzystwa z prośbą, aby zechciało popierać rozszerzanie środków wyrobu Manduka.

W dyskusyi poruszono sprawę Komisyi przemysłowo-lekarskiej.— Kol. przewodniczący podnosi, aby dotyczących wniosków nie dawać pod głosowanie, gdyż ze śmiercią prof. Korczyńskiego nastąpią zmiany w tej Komisyi.

XI. Kol. docent Lemberger wygłosił zapowiedziany odczyt: „O istotach saponinowych“ (Rzecz przeznaczona do druku).

Po posiedzeniu odbyła się wspólna wieczerza koleżeńska.

Dr. Cybulski.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Otrzymujemy list następujący*:

Szanowny Panie Redaktorze!

Z okazyi odbytego niedawno „Kursu o cholerze“ dla lekarzy nastręczają mi się pewne uwagi, które chciałbym poddać pod dyskusyę.

Lekarze, którzy ukończyli przed 10 laty medycynę, prawie zupełnie nie są w możności zoryentować się w kwestyach, dotyczących zapobiegania chorobom zakaźnym, o ile dotyczą one odkryć lat ostatnich. A przecież właśnie w tych ostatnich latach dziesięciu dokonano najważniejszych badań w sprawie szerzenia się i zapobiegania: duru, czerwonki, cholery, moru, a nawet gruźlicy; dokonano doniosłych odkryć w biologii wielu zarazków z grupy pierwotniaków; odkryto niektóre nowe zarazki i szczepionki ochronne. Cała dziedzina aglutynacyi i precypitacyi, takiej doniosłości w medycynie obecnej, toć to przecie

zdobycz lat ostatnich. Starszy lekarz praktykujący wobec tego powinien koniecznie postarać się odnowić i uzupełnić swoje wiadomości. Szczególnie lekarz prowincyonalny, zajęty ciężką pracą zarobkową, nieraz mimo szukania w literaturze, nie stoi na współczesnem stanowisku, jeżeli tych braków nie postara się uzupełnić.

Jeśli jednak lekarz praktykujący odpowiada za te braki sam tylko, to odpowiedzialność za istniejące braki u lekarza urzędowego spada w znacznej mierze na jego władzę. Zajęty pracą urzędową nieraz niewystarczająco wynagradzaną w stosunku do koniecznych potrzeb, nie może lekarz urzędujący na własny koszt przedsiębrać wydatków na podróż, w celu uzupełnienia wiadomości, niezbędnych do należytego pełnienia jego obowiązków. Wprawdzie na kursa, odbywane w Wiedniu, corocznie 3 lekarzy jedzie z Galicyi na koszt c. k. Rządu; ale jeżeli przyjmiemy liczbę lekarzy urzędowych na 300, to ledwie za 100 (!) lat wszyscy zdołają uzupełnić swoje wiadomości. Jestto termin stanowczo za długi i należy poczynić kroki na jego skrócenie, co da się uskutecznić wtedy tylko, gdy conajmniej 50 lekarzy urzędowych z Galicyi rocznie otrzyma urlop i dyety przynajmniej na dwutygodniowy kurs do jednego z naszych miast uniwersyteckich.

W tym kierunku oświadczam z własnej strony gotowość do dwukrotnego corocznie urządzania takich kursów na wzór tego, jaki w początku października b. r. urządziłem w Krakowie.

Jeszcze jedno. We Lwowie odbywają się obecnie kursa dla dezynfektorów, na których kandydaci słuchają, krótko wprawdzie, bo tylko w ciągu 5 dni wykładów z najnowszych odkryć o chorobach zaraźliwych w zastosowaniu do dezynfekcyi. Dezynfektor po odbytym egzaminie będzie oczywiście pod kierunkiem lekarza. Zapytuję co się stanie, jeżeli zajdzie wypadek, że dezynfektor będzie praktycznie wiedział coś, o czem nie wie jeszcze jego kierownik? A przecie taki przypadek łatwo zajść może. Dlatego to uważam za konieczne, aż by kursa dla lekarzy mogły co rychlej wejść w życie obok kursu dla dezynfektorów.

Bujwid.

Z zarządu Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymaliśmy następujące doniesienie:

Pan Stanisław Gurgul, właściciel fabryki biszkoptów i pierników w Jarosławiu, zobowiązał się nalepiać znaczki jednohalerzowe na puszkach z mączką odżywczą swego wyrobu.

Wydział Towarzystwa przesyła Panu Gurgulowi za wspomaganie funduszu dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach podziękowanie i wzywa kolegów, by mączkę odżywczą wyrobu krajowego popierać zechcieli tem bardziej, że według badania chemicznego mączka ta w niczem nie ustępuje podobnym fabrykatom zagranicznych firm, które kraj nasz nimi zasypują.

Kraków, 14 listopada 1905.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 15 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Droba wyłożył w dalszym ciągu swój odczyt p. t. „Wyniki badań nad epidemią opon mózgowordzeniowych w Galicyi w r. 1905“.

* Na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego w dniu wczorajszym odbyła się dyskusya nad odczytem kol. doc. Droby, poczem nastąpił wykład kol. dr. Rydla p. t. „O czuciu wibracyi na podstawie obcych i własnych badań“.

* Ukonstytuowanie się nowowybranej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej nastąpi dnia 2-go grudnia.

* Prezes Towarz. lekarskiego krakowskiego prof. nadzwyczajny Dr. Julian Nowak mianowany został profesorem zwyczajnym U. J.

* W tych dniach otwarte zostało w Krakowie bezpłatne ambulatoryum uniwersyteckie dla chorób nerwowych i umysłowych. Mieści się ono w gmachu kliniki okulistycznej przy ul. Kopernika. Przyjęcie chorych trwa od godziny 8 do 10 rano codziennie. Na czele tej instytucyi stoi prof. dr. Piltz. Życzyć tylko należy, ażeby tak ważna gałąź medycyny co najrychlej posiadła własny, odpowiednio urządzony i zaopatrzony zakład, a to tak dla dobra uczących się, jak i dla uzupełnienia klinicznego wykształcenia młodzieży, poświęcającej się zawodowi lekarskiemu.

* Na zaproszenie fizyka m. Lwowa doc. dr. Kučera urządził między 6 a 11 listopada bezpłatne wykłady z demonstracyami o etyologii cholery azyatyckiej i o bakteryologicznem jej rozpoznawaniu. Wykłady odbyły się w pracowni prof. Obrzuta; pierwotnie przeznaczone one były wyłącznie dla lekarzy miejskich, lecz wobec szerszego zainteresowania się lekarzy praktycznych został rozszerzony tak, iż wzięło w nim udział 25 lekarzy (1 z Sanoka). Ćwiczenia praktyczne obejmowały rozpoznanie mikroskopowych preparatów szkiełkowych i w wiszącej kropli, badanie płyt żelatynowych, agarowych i roczczynów peptonowych, zakładanie czystych hodowli i ich badanie zapomocą objawu aglutynacyjnego i odczynu Pfeiffera.

* D. 12 grudnia rozpocznie się w pracowni dr. Serkowskiego w Łodzi dwutygodniowy kurs bakteryologii cholery dla lekarzy, farmaceutów i studentów. Plan zajęć praktycznych jest następujący: metody wyosobniania mętwików (wibryonów) cholerycznych; różniczkowanie ich hodowlane i biologiczne; aglutynacya, serodyagnostyka, objaw Pfeiffera, hemolizyny, precypityny i t. d., przygotowania szczepionek i szczepienia przeciwcholeryczne, wreszcie metody praktycznej dezynfekcyi.

* Wiceprezydentem Izby wschodnio-galicyjskiej wybrany został dr. Jan Papée. Do wydziału Izby powołany został dr. Jakób Moszkowicz.

* Komisya złożona z profesorów wiedeńskich Schröttera i Neussera, zaproponowała na katedrę, opróżnioną przez śmierć prof. Nothnagla, następujące terno: prof. Krehla z Strassburga; prymaryusza Minkowskiego z Kolonii i prof. Romberga z Marburga. Prof. Krehl dał już odpowiedź odmowną.

* W r. 1895 stopień doktora wszechnauk lekarskich otrzymało w Austro-Węgrzech 1011 kandydatów, a w roku 1904 tylko 561. Liczby te dowodzą, jak zarządzenia społeczne ostatnich lat wpłynęły na stan lekarski.

* (c) Szesnasty rocznik Kalendarza lekarskiego krakowskiego wyjdzie w tych dniach z druku pod redakcyą dr. T. Cybulskiego. Bieżący rocznik zawiera: Spis środków leczniczych; nowsze środki lecznicze; tablice najwyższych dawek środków leczniczych i dawek przeciętnych dla dzieci; tablice brzemienności, rozwoju płodu, oznaczenie okresu ciąży i wyżynania się zębów; wody mineralne prof. Jaworskiego; podręcznik terapeutyczny wraz z chorobami oczu i uszu; postępowanie w przypadkach otruć; badanie moczu; wskazówki o kąpielach mineralnych; skorowidz miejsc kąpielowych; uwagi sądowo-lekarskie, wymiary należytości i szematyzm lekarzy krajowych. Na zaznaczenie zasługuje obfitość treś i przy małej objętości tego niezbędnego dla lekarza praktyka vademecum.

* W sprawie stopniowego spolszczenia warszawskiego uniwersytetu prof. dr. Przewóski złożył opracowany przez siebie projekt na ręce zarządu uniwersyteckiego.

* Z pierwszego statystycznego sprawozdania o przebiegu duru w południowej Afryce można nabrać gruntowniejszego już przekonania o wartości szczepień zapobiegawczych przeciw durowi. Szczepienia wykonywano metodą Pfeiffer-Kolle i stosowano je raz, dwa lub trzy razy. Wszystkich przypadków spostrzegano 424, z których 100 było zaszczepionych od 1 do 3 razy. Z 324 nieszczepionych zmarło 36 (=11,1%), ze 100 szczepionych — 4 (=4%); z tej ostatniej kategoryi jeden uległ posocznicy, a inni 3 byli szczepieni tylko po jednym razu. Wszystkie powikłania były bez porównania złośliwsze u nieszczepionych i tylko w tej kategoryi wydarzyły się nawroty.

* Profesor Czerny z Heidelbergu ustępuje z katedry w zamiarze poświęcenia całego swego czasu na badanie raka. Następcą jego ma być prof. Garré z Wrocławia.

* Między 29—X a 4—XI zaszły w Galicyi 2 przypadki ospy: jeden w Chrzanowie i jeden w Moskałówce (powiat kosowski). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: brodzkim (1 gm.) kałuskim (2 gm.), kołomyjskim, przemyskim, przemyślańskim, śniatyńskim (po 1 gminie), stryjskim (4 gminy).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Bąkowski, lat 73, w Królestwie Polskiem.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 11: Z powodu kart wizytowych szpitalnych. Pręgowski: W sprawie nowych badań psychologicznych (dok.). Grünbaum: Jaką właściwie postać chorobną należy rozumieć pod nazwą biblijną „zoraath“?

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka. Starkiewicz i Koelichen: Przypadek porażenia Landryego zbadany anatomicznie (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 22 zawiera: Switanie nowej ery dla polskiej nauki lekarskiej. — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi (c. d.). — Stan szpitali w Galicyi w r. 1905 (c. d.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — Historya sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austryi (c. d). — Protokoły. — Odcinek.

— *Medycyna* Nr. 43. Flatau i Koelichen: O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (c. d.). Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 46. Lederer: Pneumonia „cerebralis“ v dětském věku. Haškovec: Neuropathologické prispěvky (dok.). Heryng: Therapie inhalační a nové inhalační methody (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 10. Haškovec: Poznamký k tabes dorsalis.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Courmont: Rokowanie na podstawie surowicy w zapaleniu gruźliczem opłucnej. Jayle: Posocznica ran przez samozakażenie i jej leczenie surowicą końską ogrzaną. Nr. 91. Lermoyez. Badanie czynnościowe nosa. Rynometrya. Olfaktometrya. Rynometrya kliniczna. Paris i Dobrovici: Adrenalina w leczeniu krwotoków płucnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Bashford, Murray i Cramer: Niektóre wyniki doświadczalnego badania raka. Pick: Rak gruczołu tarczowego salmonidów (*Edelfische*). Doll: Dalsze przyczynki do nauki o istotnej dwubitności serca. Neisser: Osobniczość a psychoza (c. d.). Roscher: Badania nad znachodzeniem się krętków bladych w kile (dok.). Hoffmann: Krętek blady wykazany u „macacus rhesus“, zaszczepionego krwią.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46. Tiegel: Technika szwu płucnego. Bergell i Liepmann: O fermentach zawartych w łożysku. Herxheimer i Löser: Budowa krętka bladego. Roith: Znieczulenie skombinowane skopolanino-morfino-chloroformowe. Danielsen: Polikliniczne badanie nowego miejscowo znieczulającego leku „nowokainy“. Schmidt: O nowokainie. Saar: Wartość lecznicza gonosanu w rzeżączce mężczyzn. Adler: Torbiele krezki. Hahn: Dalsze obserwacye dyagnostycznie zajmujących torbieli krezki. Keppler: Leczenie chorób zapalnych głowy i twarzy zapomocą przekrwienia zastoinowego (c. d.). Conradi i Kurpjuweit: Znaczenie bakteryologicznych substancyi tamujących dla fizyologii i patologii kiszek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Pieniążek: Uwagi nad dychawicą oskrzelową. Bail: Działanie jadu prątków gruźliczych na morskie świnki. Sternberg: Rozmiękniemie chłonnych gruczołów zaoskrzelowych i jego następstwa. Schmeichler: Zdemaskowanie udawanego jednostronnego osłabienia wzroku. Urbach: Wytwarzanie się modzelów w mięśniu podłopatkowym.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46. Quincke: Rozpoznawcze i lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego. Bickel: Doświadczalne badania nad wpływem afektów na wydzielanie soku żołądkowego. Schumm: Chemia krwi białaczkowej. Lipschütz: Badanie nad krętkiem bladym Schaudinna. Ringleb: Cystoskopia i litotrypsia w rozmaitem położeniu ciała. Witzel: Ostre zatrucie błony śluzowej ust zapomocą pędzlowania nalewką jodową.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 46 (od dnia 12/XI do 18/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dziew. 21; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 11, kob. 2.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 1. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 4. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 8, ob. 1. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 29 b. m., o godzinie 6 wieczorem, w ***„Domu Towarzystwa“*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem prof. dr. Marchlewski mówić będzie „O wynikach najnowszych badań nad barwikiem krwi i chlorofilem“.

Po odczycie odbędzie się wspólna kolacya.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym,** lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Upraszą się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej **w aptece Konstantego Wiszniewskiego** w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

GRIES OBOK BOZEN

UZDROWISKO W POŁUDNIOWYM TYROLU.

POBYT OD POCZĄTKU WRZEŚNIA DO KOŃCA MAJA.

I. „SANATORIUM GRIES" wyłącznie dla piersiowo chorych: (kuracya leżeniem na świeżem powietrzu, dyetetyka, inhalacye). — II. „KURHOTEL SONNENHOF" z oddziałem leczniczym: (wodoleczenie, masaż, elektroterapia, kąpiele w świetle elektrycznem i z kwasem węglowym, dyetetyka, leczenie winogronami) dla ozdrowieńców i chorych innych kategoryi

Oba Zakłady lecznicze otrzymały na Międzynar. Wystawie uzdrowisk we Wiedniu 1903 roku najwyższe nagrody.

Lekarz kierujący: Dr. LUDWIK NAZARKIEWICZ.

178

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku. 159

Dwie flaszki wysyłam franco.

(Preparat ten wydaje się jedynie na przepis lekarza).